

## Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Souhlasím, aby mé dítě po dobu pobytu na hokejovém kempu bylo v případě akutního onemocnění či úrazu lékařsky ošetřeno bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu hokejového kempu. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informována.

Dne .....

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce

dítěte